

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-772144

55217

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2523 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NABIL RACHIDA

Date de naissance : 07.07.54

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation : 23/02/2023

Nom et prénom du malade : NABIL RACHIDA

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HIV

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Patient : NABIL Rachida

Adresse :

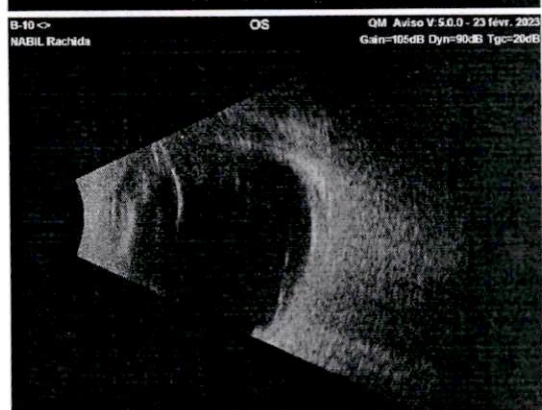
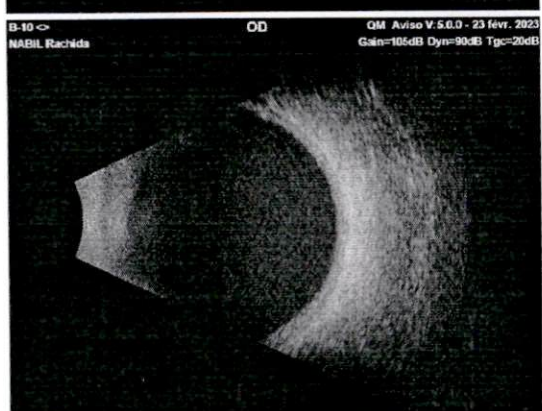
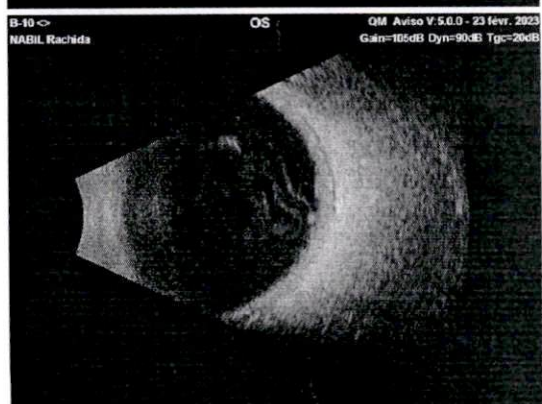
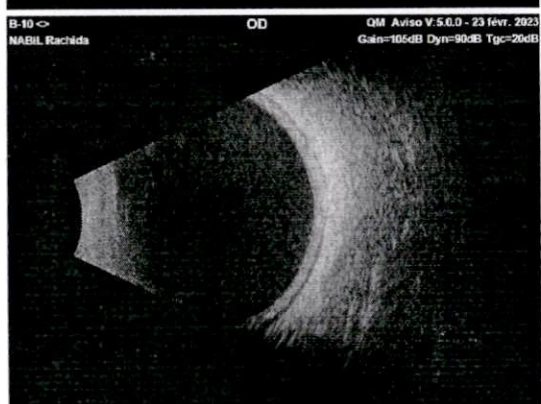
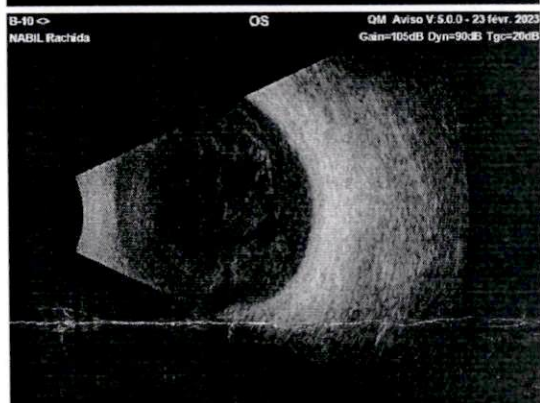
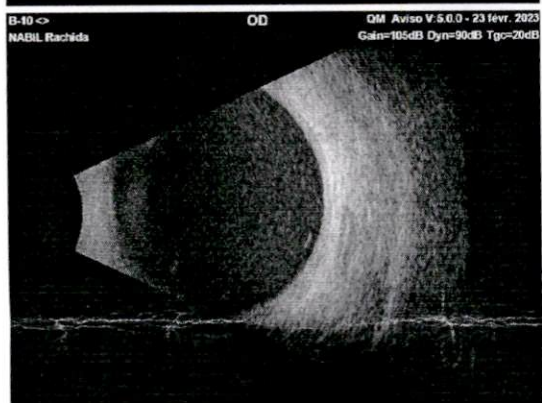
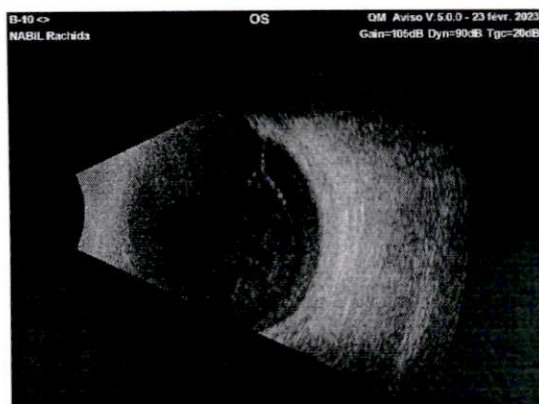
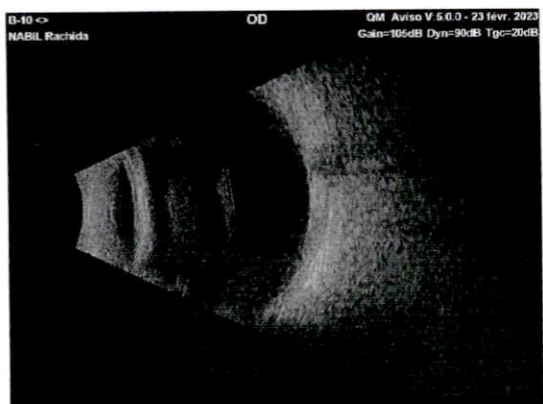
Tel :

Numéro de dossier :

Sexe : Masculin

Date de naissance : 07 janv. 1954

Indication :



FACTURE

N° 1 901 / 2023 du 23/02/2023

Nom patient	NABIL RACHIDA	Entrée	Sortie
		23/02/2023	23/02/2023
Prise en charge	PAYANT		

DR. ZIDI MOHAMED (OPH)

ECHOGRAPHIE

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
FRAIS CLINIQUE ECHOGRAPHIE	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. ZIDI MOHAMED (oph)	1,00	K	200,00	200,00
			Sous-Total	200,00
Total prestations externes				200,00

	Total général	500,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
CINQ CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	500,00				500,00	0,00

ACQUIT
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés, Oasis - Casablanca
PR : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49 87
Tél : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49 87



INPE 090060914

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés, Oasis - Casablanca • Tél.: 05 22 23 49 89 LG • Fax : 05 22 23 49 87 • E-mail : cliniquenour01@gmail.com

INPE : 090060914 • Patente : 34751148 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E : 002782953000058 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67

28. زاوية زنقة النخيل وطريق الجامعات. الوازيس - الدار البيضاء • الهاتف : 05 22 23 49 89 LG • الفاكس : 05 22 23 49 87 • البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com

روم م ص : 090060914 • البانك : 34751148 • ت ج : 40143077 • ص و ض ج : 8282733 • م.م.ش : 002782953000058 • التجاري وفا بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67

23/02/2023

Ordonnance

Mme NABIL Rachida necéssite :

-Echographie

DR. ZIDI Mohamed
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle Rue des Palmiers et Route
des Facultés - Oasis - Casablanca
Tél : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49 87
INPE 090060914

DR. ZIDI Mohamed
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle Rue des Palmiers et Route
des Facultés - Oasis - Casablanca
Tél : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49 87



INPE 090060914

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés, Oasis - Casablanca • Tél.: 05 22 23 49 89 LG • Fax : 05 22 23 49 87 • E-mail : cliniquenour01@gmail.com

INPE : 090060914 • Patente : 34751148 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E : 002782953000058 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67

زاوية زنقة النخيل وطريق الجامعات، الوازيس - الدار البيضاء • الهاتف : 05 22 23 49 89 LG • الفاكس : 05 22 23 49 87 • البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com

رؤوممص : 090060914 • الباتنتا : 34751148 • تج : 40143077 • صوضج : 8282733 • م.م.ش : 002782953000058 • التجاري واها بنك : وكالة محج 2 مارس • التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء

• CNOC •



23/02/2023

PATIENT : Mme NABIL Rachida

COMPTE RENDU
Échographie oculaire

Oeil droit:

- ICP en place
- Vitré: échos intra vitréens mobiles HIV
Rétine: à plat

Oeil gauche:

- Cristallin en place
- Vitré: échos intra vitréens mobiles
Rétine: voile rétinien localisé

DR. ZIDI Mohamed
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
28, Angle Rue des Palmiers et Route
des Facultés Oasis - Casablanca
PR : El
Tél : 05 22 23 49 89 LG / Fax : 05 22 23 49 87



INPE 090060914

28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés, Oasis - Casablanca • Tél.: 05 22 23 49 89 LG • Fax : 05 22 23 49 87 • E-mail : cliniquenour01@gmail.com

INPE : 090060914 • Patente : 34751148 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E : 002782953000058 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 0001227000000605 67

28, زاوية زنقة النخيل وطريق الجامعات، الوازيس - الدار البيضاء • الهاتف : 05 22 23 49 89 LG : الفاكس : 05 22 23 49 87 • البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com

007 780 0001227000000605 67 : التعريف البنكي : 002782953000058 • التجاري وإفا بنك : وكالة محج 2 مارس • روم م ص : 090060914 • البانكنا : 34751148 • تج : 40143077 • صوضج : 8282733 • م.م.ش : 002782953000058